

University of Groningen

## Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking

Groothoff, Johan Willem

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

1986

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Groothoff, J. W. (1986). Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking: een studie naar de indicatoren arbeidsongeschiktheid, sterfte, gezondheidszorg. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

## SAMENVATTING

Hiervoor is beschreven een onderzoek naar de gezondheidstoestand van de afhankelijke beroepsbevolking.

In hoofdstuk 1 wordt de vraagstelling ingeleid. Aan de meting van de gezondheidstoestand van een populatie zijn diverse aspecten te onderscheiden. Een probleem vormt de definiëring van het begrip gezondheid. Er bestaat een veelheid aan omschrijvingen van dit begrip. Factoren die de gezondheid beïnvloeden worden vaak tot de gezondheidsindicatoren gerekend, hetgeen de mogelijke operationalisaties bijna onbeperkt maakt.

In hoofdstuk 2 wordt aangegeven welke indicatoren van de gezondheidstoestand relevant zijn voor dit onderzoek. Gezondheid kan met andere kenmerken in een onderling verband worden gebracht. Hieruit resulteert een model, dat kan dienen als uitgangspunt voor de gewenste indicatoren. Aan een aantal in Nederland toegepaste benaderingen wordt aandacht besteed.

Vervolgens wordt ingegaan op de aanbevolen gezondheidsindicatoren van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD). Van oorsprong richt de belangstelling van de WHO zich op sterfte en ziekte. Bij de OECD ligt de interesse meer bij de gevolgen van ziekte en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Nederland wordt binnen het kader van de OECD apart besproken.

De aanbevolen indicatoren van de OECD hebben als uitgangspunt van onze studie gediend. Gekozen is voor beperkingen, sterfte en gezondheidszorg. De administratieve mogelijkheden en de sociale zekerheidswetgeving hebben de keuze mede bepaald, hetgeen tevens enige aanpassing van de gekozen indicatoren met zich meebrengt. Als maat voor beperkingen wordt arbeidsongeschiktheid genomen. De sterfte wordt betrokken op de blijvend arbeidsongeschikten; de gezondheidszorg op de langdurig arbeidsongeschikten.

Aan drie beïnvloedende factoren wordt apart aandacht besteed, te weten de Nederlandse sociale wetgeving met betrekking tot arbeidsongeschiktheid, de demografische kenmerken van de Nederlandse beroepsbevolking en de onderliggende medische oorzaak van arbeidsongeschiktheid, met aandacht voor de relatie stoornis, beperking en handicap.

In hoofdstuk 3 wordt de indicator arbeidsongeschiktheid beschreven aan de hand van de ontwikkelingen in de periode 1958-1978.

Bij deze indicator is een driedeling toegepast, gebaseerd op de duur van de arbeidsongeschiktheid. Een arbeidsongeschiktheidsduur van minder dan drie maanden is als kortdurend aangemerkt, een duur van drie tot twaalf maanden als langdurig en een duur van meer dan een jaar als blijvend.

Uit het onderzoek blijkt dat de gezondheidstoestand van de beroepsbevolking, gemeten aan de indicator arbeidsongeschiktheid, is afgenomen. Alle maten van arbeidsongeschiktheid -frequentie, duur, dagen, percentage en verloren arbeidsjaren- tonen een stijging in de periode 1958-1978.

De gemiddelde verzuimfrequentie neemt toe met 60%, de gemiddelde duur met 20%. Het gemiddelde verzuimpercentage is bijna verdubbeld; het gemiddeld aantal verzuimdagen groeit op jaarbasis van 16 naar 28 dagen bij mannen en van 17 naar 29 dagen bij vrouwen. Ondanks de toename is de onderlinge verdeling naar duur vrijwel constant. Van de verzuimen is 95 à 96% kortdurend, 3% langdurig en 1 à 2% leidt tot blijvende arbeidsongeschiktheid.

Bij de maat verloren arbeidsjaren, waarin de duur van de blijvende arbeidsongeschiktheid volledig wordt meegewogen, is de toename het meest duidelijk te zien. Het totaal aantal verloren arbeidsjaren is tussen 1958-1962 en 1973-1978 verdrievoudigd. In laatstgenoemde periode bedraagt het percentage verloren arbeidsjaren wegens arbeidsongeschiktheid meer dan 25% van de totale arbeidstijd van 49 jaar.

De kans op langdurige en blijvende arbeidsongeschiktheid wordt groter met het toenemen van de leeftijd. Per leeftijdsgroep neemt in de onderzochte periode deze kans ook aanzienlijk toe.

De verschillen tussen mannen en vrouwen voor wat betreft de kans op arbeidsongeschiktheid zijn na standaardisatie en na correctie voor de diagnose zwangerschap minder groot dan vaak wordt verondersteld. De hogere kans bij vrouwen blijkt vooral bij de langdurige arbeidsongeschiktheid met een verschil van ongeveer 20%. De kans op blijvende arbeidsongeschiktheid verschilt in geringe mate met die van mannen.

Bij alle drie onderscheiden soorten arbeidsongeschiktheid valt een toename te constateren. De ontwikkeling van de blijvende arbeidsongeschiktheid is het meest opzienbarend en overweldigend. Maar ook de kortdurende en langdurige intervallen van ongezondheid -arbeidsongeschiktheid- nemen in de periode 1958-1978 bij de Nederlandse werknemer toe.

De gemiddelde frequentie van de kortdurende arbeidsongeschiktheid neemt in de periode 1958-1978 bij mannen en vrouwen toe met een factor 1.5. Het procentuele aandeel in het totaal aantal

gebaseerd op de geschiktheidsduur aangemerkt, een en een duur van

stand van de besongeschiktheid, -frequentie, -tonen een stij-

%, de gemiddelde is bijna verdub- op jaarbasis van gen bij vrouwen. ar duur vrijwel nd, 3% langdurig eid.

r van de blijven- en, is de toename verloren arbeids- udigd. In laatst- ren arbeidsjaren totale arbeids-

schiktheid wordt ftijdsgroep neemt jk toe.

betreft de kans en na correctie vaak wordt veron- al bij de langdu- geveer 20%. De in geringe mate

schiktheid valt n de blijvende n overweldigend. n van ongezond- 1958-1978 bij de

beidsongeschikt- vrouwen toe met totaal aantal

verzuimdagen daalt tezelfdertijd bij mannen van 60 naar 50% en bij vrouwen van 70 naar 55%. Het aantal dagen dat een werknemer gemiddeld jaarlijks kortdurend arbeidsongeschikt is, stijgt bij mannen van 9.5 naar 14 dagen en bij vrouwen van 11 naar 16 dagen (exclusief zwangerschap). In een arbeidsleven van 49 jaar (16-65 jaar) neemt de kortdurende arbeidsongeschiktheid in geringe mate toe van 1.3 naar 1.5 jaar bij mannen en van 1.5 naar 1.8 jaar bij vrouwen.

De langdurige arbeidsongeschiktheid (3-12 maanden) geeft een stijging van het verlies aan arbeidsjaren van 0.6 naar 0.7 jaar bij mannen en van 0.7 naar 1.0 jaar bij vrouwen. De gemiddelde frequentie neemt toe van ruim 2 per 100 werknemers tot bijna 4. Het aandeel in de verzuimdagen blijft ruim 20%.

De kans op blijvende arbeidsongeschiktheid (> 1 jaar) neemt toe met een factor 4 bij mannen en een factor 3.5 bij vrouwen. Het aandeel in het totaal aantal dagen arbeidsongeschiktheid in het eerste (ziektewet)jaar is verdubbeld tot meer dan 25% bij mannen en meer dan 20% bij vrouwen. De kans op blijvende arbeidsongeschiktheid vanuit een duur van 3 maanden is toegenomen van 18 tot 36% bij mannen en van 17 tot 30% bij vrouwen. Bij een duur van 6 maanden neemt dit percentage toe van 40 tot 65% bij mannen en van 40 tot 60% bij vrouwen.

Van de arbeidstijd van 16-65 jarigen wordt door de blijvende arbeidsongeschiktheid een steeds groter deel opgeslokt. Het aandeel neemt bij mannen toe van 5 tot 22% (is 10.5 jaar) en bij vrouwen van 8 tot 23% (is 11.5 jaar).

De groei van de blijvende arbeidsongeschiktheid komt naar voren bij alle diagnosegroepen, met als enige uitzondering de infectieziekten. De grootste bijdrage leveren achtereenvolgens de ziekten van het bewegingsapparaat, de psychische stoornissen en de hart- en vaatziekten. De kans op blijvende arbeidsongeschiktheid vanuit een duur van 3 maanden is voor alle diagnosegroepen in de periode 1958-1978 fors toegenomen. Bij mannen is die kans voor psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en ziekten van het bewegingsapparaat toegenomen van respectievelijk 16 naar 37%, van 34 naar 57% en van 14 naar 37%. Bij vrouwen is die kans voor dezelfde diagnosegroepen toegenomen van respectievelijk 16 naar 33%, van 31 naar 46% en van 19 naar 35%.

De daling van het aantal werknemers dat in Nederland in gezondheid -arbeidsgeschikt- de pensioengerechtigde leeftijd haalt is alarmerend. De toename van het aantal blijvend arbeidsongeschikten beperkt zich niet alleen tot de oudere leeftijdsgroepen, maar treft steeds meer jongeren en werknemers op middelbare leeftijd.

Zo is in de periode 1973-1978 van de mannen en de vrouwen op 35-jarige leeftijd bijna 10% blijvend arbeidsongeschikt, op 45-jarige leeftijd 20%, op 55-jarige leeftijd 40%, op 60-jarige leeftijd 55% en op 65-jarige leeftijd meer dan 70%. De mogelijkheid van herstel -arbeidsgeschiktheid- vanuit blijvende arbeidsongeschiktheid is beperkt en vindt in feite plaats in de eerste twee jaren en bij de jongere leeftijdsgroepen.

In hoofdstuk 4 wordt de indicator sterfte beschreven. De sterfte is betrokken op de populatie blijvend arbeidsongeschikten in de periode 1968-1982. Uitbreiding naar de gehele populatie werknemers is in Nederland niet mogelijk. Registratie ontbreekt van het overlijden naar beroep en van het overlijden in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid.

De gezondheidstoestand van de beroepsbevolking is, gemeten aan de indicator sterfte, verbeterd. Het sterftecijfer van de onderzochte groep is gehalveerd. Het sterftepromillage daalt bij mannen van 34 naar 18 ‰ en bij vrouwen van 18 naar 10 ‰. Toch stijgt het aandeel van de sterfte van blijvend arbeidsongeschikten in de totale sterfte van de 16-65 jarigen tot 40% (mannen). Een relatief kleine populatie is verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfte. Met betrekking tot sterfte lopen de blijvend arbeidsongeschikten een groot risico.

De Standard Mortality Ratio (SMR), de verhouding tussen de waargenomen en de te verwachten sterfte (op basis van de sterfte in Nederland) blijft bij arbeidsongeschikten hoog. Toch valt een dalende tendens waar te nemen; bij mannen daalt de SMR van 4.0 naar 2.7 en bij vrouwen van 3.6 naar 2.9. De sterfte bij mannen is 70% hoger dan bij vrouwen, een verschil dat ook wordt aangetroffen in de totale Nederlandse populatie. Met de toename van de leeftijd daalt de SMR. De SMR daalt eveneens binnen elke leeftijdsgroep in de periode 1968-1982.

De sterfte per cohort, berekend voor de periode 1968-1975, is maximaal vijf jaar gevolgd. Tussen 1968 en 1975 daalt de sterfte per cohort. Binnen elk jaarcohort neemt de sterfte na twee jaren af. Toch is de sterfte in het derde tot vijfde jaar nog tweemaal zo hoog als bij de vergelijkbare Nederlandse populatie.

De sterfte per diagnose geldt voor de periode 1976-1982 en is betrokken op de WAO-diagnose (blijvende arbeidsongeschiktheid). Grootste bijdrage aan de totale sterfte leveren de omvangrijke WAO-diagnosegroepen psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, ziekten van het bewegingsapparaat en bovendien de diagnose nieuwvormingen. De sterftekans bij nieuwvormingen is zeer hoog, op jaarbasis bij mannen 140 ‰ en bij vrouwen 90 ‰. Boven de



de vrouwen op 35-  
geschied, op 45-  
%, op 60-jarige  
70%. De mogelijk-  
blijvende arbeids-  
aats in de eerste

even. De sterfte  
geschiedten in de  
populatie werkne-  
ontbreekt van het  
het eerste jaar

is, gemeten aan de  
van de onderzoch-  
daalt bij mannen  
10 ‰. Toch  
arbeidsongeschied-  
tot 40% (mannen).  
ijk voor een groot  
lopen de blijvend

g tussen de waar-  
van de sterfte in  
Toch valt een  
t de SMR van 4.0  
sterfte bij mannen  
ook wordt aange-  
de toename van de  
ens binnen elke

e 1968-1975, is  
daalt de sterfte  
fte na twee jaren  
jaar nog tweemaal  
ulatie.

1976-1982 en is  
songeschiedtheid).  
n de omvangrijke  
- en vaatziekten,  
e diagnose nieuw-  
s zeer hoog, op  
‰. Boven de

gemiddelde sterftekans van blijvend arbeidsongeschiedten liggen bij mannen de endocriene stoornissen, de bloedziekten, de hart- en vaatziekten, de ziekten van het urogenitaalsysteem en de diagnose onbekend, met alle een sterftcijfer tussen 20 en 30 ‰. Een verhoudingsgewijs laag sterftepromillage wordt bij mannen en bij vrouwen gevonden bij psychische stoornissen, ziekten van het bewegingsapparaat en ongevallen. Bij vrouwen liggen qua sterfte veel diagnoses dicht bij het gemiddelde, zoals de hart- en vaatziekten. De sterfte is voor bijna elke WAO-diagnose hoger dan de te verwachten sterfte.

De 41.000 overleden mannen en 7.000 overleden vrouwen geven een verlies van 360.000 respectievelijk 90.000 arbeidsjaren. Gemiddeld betekent dit per overlijden een verlies van bijna 9 arbeidsjaren c.q. uitkeringsjaren bij mannen en 13 bij vrouwen.

In hoofdstuk 5 wordt de indicator gezondheidszorg beschreven. De indicator is gemeten aan de coördinatie van de behandeling en de begeleiding bij langdurig arbeidsongeschiedten. Iedere arbeidsongeschiedte valt onder de zorg van huisarts en verzekeringsgeneeskundige. Vaak vindt verwijzing plaats naar een specialist. Ook wordt een gedeelte begeleid door een bedrijfsarts.

Het onderzoek toont aan dat ondanks uitgebreide gezondheidszorgvoorzieningen de begeleiding verre van optimaal is. Een coördinator van de werkhervatting is er veelal niet. In die gevallen waarin wel een coördinator is genoemd, beperkt zich dat niet tot een en dezelfde discipline. Zo ziet de huisarts de verzekeringsgeneeskundige als coördinator, maar ook menigmaal zichzelf. De verzekeringsgeneeskundige vindt de coördinatie duidelijk een taak voor zijn discipline, zo mogelijk in samenwerking met de bedrijfsarts.

De prognose van de werkhervatting bij een arbeidsongeschiedtheidsduur van 3 maanden wordt door de betrokken artsen zeer optimistisch gesteld. Huisarts, specialist en verzekeringsgeneeskundige verwachten ieder bij meer dan 95% van de arbeidsongeschiedten werkhervatting. Feitelijk hervat slechts 60% het werk binnen een jaar. Bij de prognose volledige werkhervatting is de kans op werk het hoogste (65-80%). Bij verwachte gedeeltelijke werkhervatting of aangepaste arbeid daalt de werkhervatting tot onder de 40%. De schatting van de termijn van werkhervatting is meestal onjuist.

De kans op blijvende arbeidsongeschiedtheid neemt toe met de leeftijd. Bij de prognose van de werkhervatting wordt daar te weinig rekening mee gehouden. Ook de prognose met betrekking tot herstel van de aandoening wordt in onvoldoende mate meegewogen.

Bij een verwacht herstel is de feitelijke kans op werkherlevatting 70%, bij gedeeltelijk of geen herstel 40% of lager.

Bij de huisarts is een tweede onderzoek verricht naar de betrokkenheid bij langdurige arbeidsongeschiktheid, met meetmomenten op 3, 6 en 9 maanden.

De huisarts blijkt steeds in 27% der gevallen niet op de hoogte te zijn van de arbeidsongeschiktheid van de patienten. Er is geen significant verschil naar diagnose, leeftijd, geslacht of beroepsgroep van de patient. Daarbij zijn het niet steeds dezelfde patienten waarvan de huisarts niet op de hoogte is en ook niet dezelfde huisartsen.

Van 30% der patienten wordt bij een duur van drie maanden werkherlevatting verwacht binnen een maand. Van deze categorie vindt slechts bij één derde deel binnen die termijn werkherlevatting plaats. De grootste kans op een correcte prognose levert de prognose 'geen werkherlevatting'. Bij het toenemen van de arbeidsongeschiktheidsduur stemt deze prognose steeds meer en bijna geheel met de werkelijkheid overeen.

De huisarts kan in het betreffende onderzoek vijf mogelijke belemmeringen van de werkherlevatting aangeven, te weten aandoening, werk, gezin, patient en arbeidsmarkt. Het gemiddeld aantal belemmeringen neemt tussen 3 en 9 maanden arbeidsongeschiktheid toe van 1.8 tot 2.1. Bijna altijd (90%) is de aandoening een belemmerende factor. Werk (40%), gezin (15%), patient (30-40%) en arbeidsmarkt (10-20%) zijn dat naar de mening van de huisarts minder vaak, maar toch nog frequent.

Bij de 9-maands arbeidsongeschikten, de potentiële blijvend arbeidsongeschikten, is de aandoening bij 80% van de patienten driemaal genoemd, bij 7% geen enkele maal. Werk en patient zijn bij meer dan 50% één of meerdere keren als belemmering genoemd, gezin en arbeidsmarkt in 30% der gevallen.

Leeftijd beïnvloedt niet het aantal en de aard der belemmeringen. Het geslacht is in lichte mate van invloed; bij mannen worden werk en arbeidsmarkt vaker genoemd, bij vrouwen gezin en patient. Bij een objectieve diagnose worden gemiddeld 0.5 belemmeringen minder aangegeven. Het verschil met subjectieve aandoeningen ligt in de belemmeringen gezin en patient.

In hoofdstuk 6 wordt een aantal problemen bediscussieerd, die bij de interpretatie van de resultaten naar voren komt. Voor een deel richt zich de discussie op het beschikbare materiaal en de gekozen methoden. Eén van de grootste problemen is het vaststellen van de omvang en de samenstelling van de populaties. Verder wordt

in de discussie aandacht besteed aan de complexiteit van de gekozen gezondheidsindicatoren.

Een aantal factoren dat van invloed kan zijn op de toename van de indicator arbeidsongeschiktheid wordt in beschouwing genomen. Het betreft de vergrijzing van de beroepsbevolking, de veranderde wetgeving, de arbeidsbelasting c.q. belastbaarheid en de administratieve beoordeling van de arbeidsongeschiktheid.

Voor de hoge sterftekans worden mogelijke verklaringen gezocht in de aard van de diagnose, de cumulatie van gezondheidsproblemen, het samengaan van medische en sociale problematiek en de lagere sociale klasse van de blijvend arbeidsongeschikten.

Bij de indicator gezondheidszorg wordt het gebrek aan coördinatie benadrukt. Behandeld wordt een meer doelgericht en vervroegd arbeidsreïntegratieplan voor iedere driemaands arbeidsongeschikte, met aanwijzing van een vaste coördinator met bevoegdheden.

In hoofdstuk 7 worden aanbevelingen gedaan, die gericht zijn op een meer uitgebreid registratiesysteem, op een kwalitatief beter gezondheidszorgbeleid en op onderzoek naar een aantal ondergevalueerde aspecten van de gezondheidstoestand en de gezondheidszorg van de beroepsbevolking.